***Data wizyty:***

***Wywiad żywieniowy***

\*Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.

\*\*Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie  adres poczty elektronicznej, oraz iż zostałem poinformowany o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób – zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

\*\*\*Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem strony Mito-dietetyka oraz że akceptuję jego treść.

\*\*\*\*Wywiad dla uproszczenia zawiera odpowiedzi do zaznaczania. W polach przeznaczonych do zaznaczania wystarczy, że zaznaczysz odpowiedź. W polach przeznaczonych do uzupełnienia prosimy o uzupełnienie danych.

\*\*\*\*\*W przypadku podpisu elektronicznego, przesłanego drogą elektroniczną, przynieś oryginał z podpisem na wizytę lub doślij.

1. **Dane personalne:**
* Imię i nazwisko:
* Wiek:
* Waga i wzrost:
* Adres:
* Mail:
* Numer telefonu:
* Login skype:
* Główny cel/cele wizyty? (opisz krótko)

|  |
| --- |
| **Metabolizm i produkcja energii** |
| Jaki jest Twój poziom glukozy na czczo? |  |
| Jaki jest Twój poziom insuliny na czczo? |  |
| Czy Masz problemy z wagą?  | TAK / NIE |
| Czy cierpisz na cukrzycę (typ I/ II)? | TAK / NIE |
| Czy w rodzinie ktoś chorował na cukrzycę?  | TAK/ NIE |
| Czy po posiłku masz spadki energii? | TAK/NIE |
| Czy masz potrzebę drzemki w ciągu dnia? | TAK / NIE |
| Czy często masz zachcianki na coś słodkiego? | TAK / NIE |
| Czy często masz zimne dłonie/stopy/problem z dogrzaniem się? | TAK/ NIE |
| Czy masz obrzęki/opuchnięcia? | TAK/NIE |
| Czy masz stłuszczoną wątrobę?  | TAK / NIE |
| Ile wynosi Twoje ciśnienie krwi?  |  |
| Komentarz:  |  |

|  |
| --- |
| **Detoks/alergie/nietolerancje** |
| Czy cierpisz na alergie/nietolerancje pokarmowe? (wymień obok) |  |
| Czy masz uczulenie na większość kosmetyków? |  |
| Czy w pracy masz narażenie na toksyny/chemikalia/środki szkodliwe dla zdrowia? | TAK / NIE |
| Czy spożywasz alkohol? | TAK / NIE |
| Czy palisz papierosy? | TAK/ NIE |
| Czy w domu masz pleśnie/grzyby? | TAK/NIE |
| Czy używasz odświeżaczy powietrza? T | TAK / NIE |
| Czy cierpisz na nadpotliwość? | TAK / NIE |
| Czy często masz problemy skórne? (trądzik/wypryski) | TAK/ NIE |
| Czy jesteś wrażliwy/a na mocne zapachy (perfumy/chemikalia) ? | TAK/NIE |
| Czy często boli Cię głowa? | TAK / NIE |
| Czy dobrze tolerujesz alkohol? |  |
| Komentarz:  |  |

|  |
| --- |
| **Zaburzenia przewodu pokarmowego** |
| Czy często masz bóle brzucha? | TAK/NIE |
| Czy cierpisz na bóle jelit?  | TAK / NIE |
| Czy masz wzdęcia?  | TAK / NIE |
| Czy masz biegunki? | TAK/ NIE |
| Czy masz zdiagnozowane SIBO (przerost bakterii w jelicie cienkim)? | TAK/NIE |
| Czy masz zaparcia?  | TAK / NIE |
| Jak często się wypróżniasz (raz dziennie/raz na 2-3 dni/2-3 razy dziennie/)? |  |
| Czy masz problemy z próchnicą?  | TAK / NIE |
| Czy masz zdiagnozowany Helicobacter pylori? | TAK / NIE |
| Czy masz zdiagnozowane choroby tj. Choroba Leśniowskiego-Crohna/colitis/wrzody/nadżerki? |  |
| Komentarz: |  |

|  |
| --- |
| **Zaburzenia nastroju/snu/rytmu dobowego** |
| O której godzinie chodzisz spać/o której wstajesz?  | TAK / NIE |
| Czy masz problemy z zasypianiem? | TAK / NIE |
| Czy często wybudzasz się w nocy? | TAK/ NIE |
| Masz sny w nocy? | TAK/NIE |
| Czy rano czujesz się wypoczęty/a i zregenerowany/a? | TAK / NIE |
| Czy pracujesz na zmiany? | TAK / NIE |
| Czy na co dzień masz dużo energii? | TAK/ NIE |
| Czy często wychodzisz na światło słoneczne? | TAK/NIE |
| Czy wyłączasz na noc wifi? | TAK / NIE |
| Czy oglądasz TV przed snem? | TAK / NIE |
| Czy jesteś w stanie wyłączyć myśli przed snem? | TAK / NIE |
| Czy szybko się uczysz nowych rzeczy? | TAK/ NIE |
| Czy możesz zacząć dzień bez kawy? | TAK/NIE |
| Czy masz w ciągu dnia czas dla siebie? | TAK / NIE |
| Czy jesteś perfekcjonistą/perfekcjonistką? | TAK / NIE |
| Czy masz problemy z pamięcią/koncentracją? | TAK/ NIE |
| Czy odczuwasz czasem niepokój/stany lękowe? | TAK/NIE |
| Czy męczysz się szybko podczas czytania/prowadzenia samochodu? | TAK / NIE |
| Czy po sytuacji stresowej długo dochodzisz do siebie? | TAK / NIE |
| Czy przy złym nastroju odczuwasz silną potrzebę zjedzenia czegoś słodkiego? | TAK/ NIE |
| Czy w rodzinie występowały nałogi?  | TAK/NIE |
| Czy ktoś z rodziny cierpiał na zaburzenia nastroju/zaburzenia neurologiczne (schizofrenia/Alzheimer/Parkinson/depresja)?  | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

|  |
| --- |
| **Gospodarka hormonalna (dla kobiet)** |
| Czy masz regularnie miesiączki? | TAK / NIE |
| Czy masz bolesne miesiączki/bardzo obfite? | TAK / NIE |
| Czy cierpisz na PMS (zespół napięcia przedmiesiączkowego)? | TAK/ NIE |
| Czy masz duże wahania nastrojów? | TAK/NIE |
| Czy masz bujne owłosienie ciała? | TAK / NIE |
| Przy przeszłaś już menopauzę? | TAK / NIE |
| Czy jesteś narażona na dużą ilość stresu? | TAK/ NIE |
| Czy masz problemy z libido? | TAK/NIE |
| Czy zatrzymujesz wodę w organizmie?  | TAK/ NIE |
| Czy masz któreś z wymienionych schorzeń (zaznacz prawidłowe)? Endometrioza/PCOS/mięśniaki macicy/ rak piersi/rak narządów rodnych/nisko wszystkie hormony/problemy z płodnością |  |
| Czy łatwo gubisz tkankę tłuszczową?  | TAK/ NIE |
| Czy planujesz w najbliższym czasie starać się o dziecko? | TAK/ NIE |
| Komentarz:  |  |

|  |
| --- |
| **Gospodarka hormonalna (mężczyźni)** |
| Czy masz problemy z motywacją? | TAK / NIE |
| Czy masz problemy z libido? | TAK / NIE |
| Czy masz problemy z energią? | TAK/ NIE |
| Czy stosowałeś jakieś hormony? | TAK/NIE |
| Czy łatwo budujesz masę mięśniową? | TAK / NIE |
| Czy cierpisz na jakieś stwierdzone przez lekarza zaburzenia hormonalne? | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

|  |
| --- |
| **Oporność i autoimmunologia** |
| Czy cierpisz na jakąś chorobę autoimmunologiczną? (Hashimoto/RZS/toczeń/twardzina układowa…) – wymień obok |  |
| Czy masz bóle mięśni/stawów? | TAK / NIE |
| Czy w rodzinie ktoś cierpiał na jakąś chorobę autoimmunologiczną? | TAK / NIE |
| Czy występowały u Ciebie przypadki poronień? | TAK/ NIE |
| Ile razy do roku się przeziębiasz/chorujesz? | TAK/NIE |
| Czy gorączkujesz? | TAK / NIE |
| Czy przyjmowałeś/aś dużo antybiotyków? (więcej niż 2-3 razy do roku) | TAK / NIE |
| Masz plomby rtęciowe/amalgamatowe? | TAK / NIE |
| Często masz zatkane zatoki? | TAK / NIE |
| Czy cierpisz na alergie? (wziewne/pokarmowe) | TAK/ NIE |
| Czy masz astmę?  | TAK/NIE |
| Czy chorujesz na przewlekłe infekcje (borelioza/babeszjoza/bartonella/chlamydia /mycoplasma/EBV/WZW/CMV/HPV/pasożyty/lamblie)? (zaznacz) | TAK / NIE |
| Komentarz:  |  |

|  |
| --- |
| **Leki i suplementy** |
| Czy przyjmujesz jakieś leki (wymień obok z podaniem dawki)? |  |
| Czy przyjmujesz jakieś suplementy? Jakie? Podaj dawki (obok) |  |

|  |
| --- |
| **Dieta i sposób odżywiania** |
| Czy obecnie stosujesz jakąś dietę (ketogeniczna/paleo/wegetariańska/samuraja/wysokowęglowodanowa/Dukana/Dąbrowskiej/inna)? Jak długo? (opisz obok) |  |
| Czy spożywasz dużo warzyw? | TAK / NIE |
| Czy zwracasz uwagę na składy produktów spożywczych? Czytasz etykiety? | TAK / NIE |
| Czy spożywasz dużo słodkiego (częściej niż 1-2 razy w tygodniu)? | TAK / NIE |
| Jakich tłuszczy używasz w kuchni? (olej rzepakowy/słonecznikowy/oliwa/olej kokosowy/masło/olej z awokado/smalec/inne (jakie?)  |  |
| Czy spożywasz dużo pieczywa? Jakie? (jasne/ciemne/graham/pełnoziarniste)  |  |
| Czy jesz mięso?  | TAK / NIE |
| Czy masz potrzebę podjadania w ciągu dnia?  | TAK / NIE |
| Czy są produkty, których nie tolerujesz (alergie/nietolerancje/własne obserwacje)? (wymień) |  |
| Czy są produkty, których nie lubisz? (wymień obok)  |  |
| Ile pijesz wody? (napisz obok) |  |
| Czy pijesz jakieś zioła/herbaty? (opisz obok) |  |
| Czy pijesz kawę? Ile? Jaką? (opisz obok)  |  |
| Komentarz: |  |

|  |
| --- |
| **Przykładowy jadłospis** |
| Śniadanie: |
| Lunch: |
| Obiad |
| Podwieczorek |
| Kolacja |

|  |
| --- |
| **Sport i aktywność** |
| Uprawiasz jakiś sport? Jaki? |  |
| Twój tryb pracy: w ruchu/siedząca/umiarkowany ruch  |  |
| Czy jesteś osoba aktywną w ciągu dnia? | TAK / NIE |
| Czy stosujesz jakieś posiłki około treningowe? |  |
| Czy szybko regenerujesz się po treningu? | TAK / NIE |
| Jak często masz treningi? O jakich porach? |  |

|  |
| --- |
| **Choroby Nowotworowe (jeśli nie dotyczy – pomiń)** |
| Czy obecnie chorujesz na jakąś chorobą nowotworową? Jaką?  |  |
| Jak wygląda leczenie? (chemioterapia/radioterapia/inne) Jak długo? |  |
| Czy obecnie masz jakieś skutki uboczne leczenia? (mdłości/brak apetytu/szybka utrata wagi/biegunki)? (opisz obok) |  |
| Czy była przeprowadzona operacja usunięcia guza? | TAK / NIE |
| Czy do tej pory stosowałaś/eś jakąś dietę wspomagającą leczenie?  | TAK / NIE |
| Czy jesteś pod opieką psychologa?  | TAK / NIE |
| Czy ktoś w najbliższej rodzinie cierpiał na nowotwór?  | TAK / NIE |
| Komentarz: |  |

**Jak widzisz naszą współpracę?**

* Zależy mi na jadłospisie i suplementacji
* Chcę tylko konsultację
* Chcę ogólne zalecenia żywieniowe z suplementacją

**Własnoręczny podpis**

……………………………….